

緊急通報システム 利用申請書兼登録台帳

令和5年7月

(宛先) 鎌倉市長

年 月 日

※同意事項を必ず確認し、確認欄にチェックのうえ太枠内をご記入ください。

確認欄				
次のとおり、鎌倉市在宅生活支援サービス利用及びサービス利用登録を申請します。 この申請をするにあたり別紙「個人情報の利用・収集と提供」について同意します。				
利用対象者	フリガナ		性別	年齢
	氏名	(申請者自署または記名押印)	男・女	歳
	生年月日	大正・昭和	年	月 日
	住所	〒 鎌倉市		
	電話番号	-	携帯番号	() -
	希望機種	<input type="checkbox"/> 固定型 <input type="checkbox"/> 安否確認センサー: <input type="checkbox"/> 有 <input type="checkbox"/> 無 <input type="checkbox"/> 携帯型		
親族 (緊急時連絡先)	フリガナ		自宅電話番号	
	①氏名		その他電話番号	
	住所	〒	続柄	
	フリガナ		自宅電話番号	
	②氏名		その他電話番号	
	住所	〒	続柄	

※医療機関は、診察を受けたことのある中で極力夜間診療のできる場所を選んでください。

病名①		病名②		病名③	
①医療機関名		電話	() -		
所在地					
診療科		主治医名		夜間対応	有・無
②医療機関名		電話	() -		

※協力員①は担当民生委員、協力員②はご近所なるべく徒歩5分程度までの方を原則お願いします。

協力員受諾のご自身が記入してください。	協力員①	フリガナ		性別	男・女	関係	担当民生委員
		氏名		電話番号	-		
		住所		駆けつけ時間		分	
	協力員②	フリガナ		性別	男・女	関係	
		氏名		電話番号	-		
		住所		駆けつけ時間		分	

※ 世帯構成記入欄

一人暮らし以外の世帯で、利用対象者以外の方が緊急通報システムの利用申請を希望される場合はご記入ください。

利用対象者以外	フリガナ		携帯電話等	() -
	氏名		生年月日	大・昭 年 月 日 (歳)
	利用対象者からみた続柄		要支援 () ・要介護 () ※40歳～64歳の場合は必須	

鎌倉市処理欄	<input type="checkbox"/> 高齢者見守り登録者	設置料	<input type="checkbox"/> 1,100円	ID	
	<input type="checkbox"/> 介護保険認定の2号保険者のみ	利用料	<input type="checkbox"/> 2,090円 / <input type="checkbox"/> 1,650円 (介護保険料10～16段階相当)		受領印
	<input type="checkbox"/> 上記以外 ()		<input type="checkbox"/> 1,392円 / <input type="checkbox"/> 1,100円 (介護保険料8～9段階相当)		
	<input type="checkbox"/> 728円 / <input type="checkbox"/> 575円 (介護保険料1～7段階相当)				
		<input type="checkbox"/> 0円 (生活保護受給世帯)			
決裁日:	設置日:	利用廃止申請日:	撤去日:		